

インフルエンザHAワクチン接種 予診票

(1回目 ・ 2回目)

診察前の体温

℃

住 所	〒 TEL		
(フリガナ) 本人氏名		男・女	生年月日
保護者氏名			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)

質問事項(あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい	
(接種される方がお子さんの場合) あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか *「はい」の方は、その症状をご記入ください→()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友人で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか *「はい」の方は、その予防接種名をご記入ください→()	はい	いいえ	
最近6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか *「はい」の方は、何歳頃でしたか→()歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品(鶏卵・鶏肉)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか *「はい」の方は、その症状をご記入ください→()	はい	いいえ	
接種を受けられる方の近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか *「はい」の方は、その予防接種名をご記入ください→()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
現在妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

<医師の記入欄> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。
医師のサイン: 森田 義宏

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、今日の予防接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
本人(未成人の方は保護者)のサイン: 続柄:

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
Lot No.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 森田内科クリニック 医師名 森田 義宏 接種年月日 : 年 月 日	